

隠謀学外伝

—— (2) 正常と病理をめぐって

村岡 潔

〔抄録〕

本稿は、正常概念と病理概念の対比を、医療人類学の視点である《イルネス》と《ディジーズ》という観点から文化社会的に解剖（アナトミー）したものです。

第Ⅰ節では、最初に現代医療・近代医学の解題を行ない、次に、科学的医学正常と病理の決め方に観られる落とし穴について説明しました。ついで第Ⅱ節では、《イルネス》と《ディジーズ》の二分法について紹介し、現代医療が科学的医学（生物医学）に基づくこと、並びに人類学的には《ディジーズ》の視点に立っていることを指摘しました。最終節では、人類学的に観れば、《イルネス》とは「苦」のことであり、医療者は、《イルネス》は《病者》の気のせいだとか、それは科学的ではないといった啓蒙主義的な態度に陥ることなく、《病者》の「苦」の語り narrative を十二分にくみ取る努力が要請されていることを述べました。

キーワード：正常と病理 《イルネス》と《ディジーズ》 語り narrative 苦 医療人類学

Ⅰ. 正常と病理に決め方の陥穽について

医療行為は、臨床的には患者と医療（従事）者との相互行為です。その医療行為をより深く理解するためには、その背景にある医学理論の性格についての考察が不可欠です。すなわちそれは、医学上の「正常と異常」という診断や治療に関わる様々な判断が、個々の患者－医療者関係の経験だけからではなく、人類の集団全体の経験をぬきにしては語れないからです。臨床における医師－患者関係（近年では、患者が主人公と言うことや、医療は医師だけで成立せずチーム医療あるいは多職種連携 IPW というスタンスが前面に出て来たので「患者－医療者関係」という言い方もありますが、医療社会学でいう Doctor-Patient Relationship のこと）は、一見すると医師（医療者）と患者（あるいは、加えて家族）の間のミクロの世界の出来事（診察風景など）のように見えます。しかし、現代医療（近代医学）¹⁾では、実は、医師はマクロな集団的論理に従って、個々の患者に対応していることは意外と知られていません。本稿は、この辺の謎ないしは隠謀について検討するアナトミー（文化社会的な解剖）です。

例えば、病気は基本的には一人だけでは決められません。苦しくて我慢できない症状があれば非医療者でも自分は体調が悪いから病気かもしれないと自覚することは普通にありますが、コレステロールや血圧が「高い」とか「正常」といった視点や尺度は一個人からでは生じて来ません。大勢の中の比較的検討を通じて「正常」か「異常」を医療上、便宜的に決めているの

です。健康診断の結果、最高血圧（心臓収縮時の血圧）が 141 mmHg [= 14.1 cm の水銀柱の圧力] 以上なら「高血圧」で、139 mmHg なら「正常範囲」という分別は高血圧かどうかの境界水準を 140 mmHg に日本では定めているからです。一方、WHO 世界保健機関では、この水準はさらに低い 120 mmHg なので、上の二つの例とも「高血圧」と診断されます。この特徴は、生活習慣病で問題とされる他の数値、血糖値、コレステロール値等々でも同じです。近年では、このように、本人に自覚症状がなく不本意でも、数値が決められた水準より高ければ容易に「異常」の仲間には振り分けられることになります。

第 1 節では、こうした点をふまえ、現代医療の内実の意味（意味論）を考えてみます。

古今東西を問わず、どの文化・社会にも、人々の心身の不調や精神的心理的悩みごとに対処する医療体系（ヘルスケアの体系）が見られます。そのうちで、現代、わが国を含め世界的に最もポピュラーな医療体系が 19 世紀以降の近代西洋医学に起源をもつ「科学的医学」です。この科学的医学の理論的中心に位置するのが生物学に基づいた生物医学（Biomedicine）です。ちなみに、生物学 Biology とは単に 19 世紀までの博物学的な「生き物の学」ではなく、「生命を物理学・化学的に探究する自然科学」、すなわち「生命の物理化学」を指します。

そこで生物医学では、病因（病気の原因）やそのメカニズムを物理学的化学的に解釈し、それを「正常」な姿とその逸脱である「病理」とに仕分けし、その病理を回復するための対処方法 treatment を「治療法」として採用することになります。この分野は 20 世紀半ばより生命の本質を遺伝子 DNA（デオキシリボ核酸）とみなす分子生物学として展開してきました。こうして現代医療では、再生医療に観られるように、微視的世界の細胞や DNA という物質の意味づけから、それに対する巨視的世界の人間の生命の正常と病理を説明する傾向が主流となっています。

また、科学的医学を数学的側面から支えているのが統計学である。科学とは人間生活を含めた事物の共通性（普遍性・一般性）を追求する学問です。その特徴は、いわば「知識」をめぐる「民主主義」です。もし哲学なら、個々人の様々な知識に関する統一見解は無用ですが、科学ではそうはいきません。そこで 19 世紀以降、科学的をめざしている（医療社会学風に言えば「科学に擬態する」）科学的医学では、一般に、臨床や実験で得られた知見（＝疾患の特徴、その検査法・診断法・治療法などの知識）は、大多数の患者の事例（症例）に共通していること、さらには医学界などの専門家集団の間でその共通性が公認されることが必要となります。科学的医学にとって医療の統計学はそれを保証するものであり、血圧や血液・尿などの様々な物理的・生化学的健康指標（検査値）の分布や平均値を把握したり、治療結果の効果判定の決定などに不可欠なツールとなっています²⁾。

このように現代医療では、集団的モデルから診断と治療法を編み出し、それを個々の患者に外挿していることになります。ここで外挿（あてはめ）と言ったのは、統計学的に厳密に言うところ、ある集団の測定から決定された正常値の範囲は、一般に、別の集団のサンプルにあてはめ

ることは御法度だからです。仮に同じ試験問題だったとしても、東京のある高校生の集団に対して行なった結果の偏差値と、大阪の別の高校で行なった結果の偏差値を直接比較できないように方法論上は誤っています。ただし、近代医学上は、これ以外によい方法がないので慣習的にこうして来ただけであり、正確には参考程度のものでしかないというべきところです。もちろん、患者や被験者一人ひとりが没个性的で、体重も身長も年齢も性別も全く同じ工業製品のようにみなすならばこれでよいでしょう。こういう立場は単子論と言えましょう。科学的医学の正常と病理の弁別は、こうした単子論的な前提の上に成り立っているわけです。

さて、診断という作業（行為）では、ある人間が健康（正常）か病気（病理）かを判別します。臨床というミクロの場では、診断は「病者」という「苦をもつ人間」の苦（苦しみ・苦痛・苦悩）の原因を探して病名をつけ治療方法を選定するための第一歩です。一方、これを集団のレベルでみると、診断のプロセスでは苦を持つ人間が《正常集団》か《病理的集団》のどちらかに属するかを決めることを意味します。つまり、診断学とは、人間を《正常》か《異常》か、「健康」か「病理」かに分類する機能（役割）を荷っています。

もし患者の主訴（苦の中心）が「ある病気の患者集団」の特徴に極めて類似していれば、患者は「その病気集団」の一員となり、その証として「〇〇病・症」などの病名がつけられます。この分類の際にはもっぱら類似性（共通性）の方に注目するため、主訴であっても疾病分類に役立たないものは副次的で無意味なものとして切捨てられます。

つぎに治療面を集団的レベルでみると、それは患者を《異常》集団の一員から《正常》集団の一員に復帰させようと試みる行為です。しかし、治療に失敗したり、治療法自体がなかったりする場合、患者はその《異常》集団に留まったままです。この場合、患者には主訴としての苦が継続するだけでなく、しばしば患者はその疾病の集団が付与された文化的社会的なマイナスのイメージも引き受けることになります。例えば、AIDS/HIVは医学的には単に感染症の一種にすぎませんが、文化社会的には「忌まわしい同性愛」の病気、あるいは「怖い不治の病い」というイメージから、患者は自分の病名を自ら明かすことすらできない差別と偏見を受けてきています。また、「染色体異常」や「遺伝子異常」は現時点では治療法がなく出生前（胎児）診断で《異常》の集団と判別されるや、人工妊娠中絶につながることも少なくありません。

このように《正常》の世界に復帰できない患者を《異常》集団に属したまま、《正常》の世界から見えないように隔離・収容したり、存在そのものを排除することが行なわれるのは、それが社会防衛（集団を防衛する治療手段）と錯覚されているからでしょう。

では科学的医学では、《正常》と《病理》はどうやって決まるかを見ていきましょう。一般に正常のイメージは「病気や苦痛などの不都合がないこと」とされがちですが、その定義や分け方の説明はむずかしいものです³⁾。

現代医療で《正常》と《病理》を判別する際に、21世紀初頭までの最頻の指標は、生物学

的統計学的に決定される集団的な「正常値（基準値）」です。その伝統的定義では、「正常値」とは「正常と考えられる集団の95.4%の人々が含まれる検査値の範囲」⁴⁾です。つまり、平均値を中心に標準偏差の2倍をそれぞれ上限と下限とする範囲に入る数値のことです。つまり、正常値とはあくまでも統計学的な指標であり、臨床的な「苦」あるいは「病理」から直接導き出されるわけではありません。集団全体の95%の人々、つまり大部分の人々はこの範囲に納まるという数値なのです。さらに95%という数字も「医学的根拠」があるわけではなく、統計的手法においてよく用いられるため、便宜上採用された恣意的な値なのです。検査による異常値と疾病との間には論理的必然性はなく、異常値が即、疾病を意味するわけではないのです。この意味は、慣習上、20人に1人（5%）を〈病理〉的と仮定して行けば経験上大過ないだろうという程度のものです。ちなみに、健康診断などでは、通常は、この2倍（10人に1人）が病的に怪しい「所見有り」として精密検査に回される設計（カラクリ）になっているようです。

「正常／異常（病理）」を統計的指標で判断する考え方は19世紀、近代医学の当初から始まったものです。人間に関する測定結果の分布は正規分布（左右対称のベル型の分布）のような形をとり、「平均値」が理想のポイントとされて「あらゆる性質において平均値をもつ人間」＝「平均人」は「神が設定した理想的な人間」とみなされます。また、同じく19世紀の実験生理学者C・ベルナールなどは、正常状態からの量的かたよりが逸脱（すなわち病的状態）に変わるということを主張しました。このことは、病者と健常者をもとから質的に違った存在とみなすのではなく、単純な量的変化が高まった挙句に質的变化（健常から病理への）が生じるという考え方を示したのです。

簡単のために基準値の範囲を全体の95%以内とすると、一回（ある一種類）の検査で『異常』とされる人は5%だが、検査項目が増えるにつれて増加し10回で40%、20回で64%、100回で99%の人が理論上異常者（何らかのはみ出た値を示す逸脱者）となってしまいます⁴⁾。また佐藤純一は、このカタクリについて次のように指摘します。実際、1987年度の東京都の老人検診では、約80万人のうち「要選択および要精密検査」とされた人が約80%いたといえます。また1994年、「日本病院会」関連の人間ドックを受診した230万人のうち、同様に82%が何らかの「異常」を指摘され「精密検査が必要」と「治療が必要」とされた人が67%に達していることをとりあげ、人間ドックが、定期健康診断に比して約三倍の「異常」を出していることになるので、人間ドックは「異常」と「成人病」の生産装置だと指摘しています⁵⁾。

なお「成人病」とは、周知のごとく、がん、脳卒中、心臓病などの二次予防対策（早期発見・早期治療）の対象となる厚生省の政策上の病名群ですが、その政策にいわば失敗したため、1996年に、「未病」を防ぐというキャッチの一次予防のネーミングの下に新たに売り出したのが「生活習慣病政策」です。これも20年経った今、目覚ましい成績を上げているかと言えば

そうでもありません。例えば、脳卒中のうちの脳出血は減る傾向にあるようですが、その実体は国民の生活習慣の改善の結果よりも実際に薬で血圧を下げさせた結果かもしれません。しかし、その低血圧政策の結果でしょうか、逆に脳梗塞は増えています。また、周知のように、がんも心臓病も増加しています。21世紀に入ると厚生省は厚生労働省と名前を変えて、その直後、「生活習慣病」も「メタボリック・シンドローム」と改名して保健政策に彩を添えています。厚生労働省は、お役目柄、医療費を減らすためにこういう予防医学的政策をとっているはずですが、裏目に出ているようです。なぜなら、先述のように健康診断（検診や人間ドック）をすればするほど「病気」が見つかるからです。その結果、医療費は年々歳々増加していますが、喜んでいるのは21世紀になって売り上げが格段に増えている製薬業界ばかりでしょう。

筆者は、米国のように費用対効果に基づき、胃がん検診や肺がん検診を中止すべきだとは思いませんが、公衆衛生学者や厚生労働省のお役人は、医療費を引き下げられるためにも健康診断や人間ドックの隘路について真剣に研究し、新たな方策を提唱すべきだと思います。生活習慣病がよい成績を上げていないのは「高齢社会」に入って、高齢者の人口が増えたためだから、1985年の人口分布に調整すれば「つまり、高齢者人口が2倍になったので患者も2倍になりましたから、実数を2分の1にして比較するならば、といったトリックの結果⁶⁾」パーセンテージとしては減ってきつつあるといった、現実を無視した統計を使うべきではありません。現実の患者はやはり実数が2倍に増えているのでその分医療費も倍以上かかるし、必要な病床数も特養などの施設の収容者数も倍以上に増えてきていると推察されるからです。

II. 《イルネス》と《ディジーズ》の相違

文化人類学の一分野と言える医療人類学には、「病い」全体に対して二項対立ないしは二分法である《イルネス》対《ディジーズ》で分ける伝統的な考え方があります。本邦初の医療人類学事典とも言える医療人類学研究会編『文化現象としての医療』では、《イルネス illness》＝「病気」、《ディジーズ disease》＝「疾病」として次のように解説されています。本稿では、次の引用を含め、混乱を避けるために《イルネス》と《ディジーズ》に統一します。そこで、

「《イルネス》とは、普段の生活の中で考えられている病的な状態であり、その人の属する社会や文化の影響を受けやすい。他方、《ディジーズ》とは近代医療の枠組みの中で定義される病的状態であり、主に近代医療の医師の判定によって決められるものである。《イルネス》と《ディジーズ》とは〈病む人々〉－それは当人のみならず家族や縁者にまで拡大されることがある－の状態を記述し分析するために考え出された概念である。」⁷⁾

このことから、また1980年代には、

「C・ノートナーゲルの「《ディジーズ》を癒そう〔治そう〕とせずに病人を癒し〔治し〕なさい」やL・アイゼンバーグの「患者は《イルネス》を苦しみ、医師は《ディジーズ》を扱う」という指摘や、医療者側は最善を尽くすが人々は（患者）それに満足しないこと

を題名にした“Doing better and Feeling worse”という J・ノヴェルズの編著などに〈近代医療がもつ《ディジーズ》重視と《イルネス》軽視への批判〉が端的に表されている。

「《イルネス》は、個人・家族・社会・文化が共有する知識であり、それらは相互に影響を受ける一方、また歴史的に変遷するものでもある。……《イルネス》と《ディジーズ》とは、知識の量的な差などではなく、質的に異なる考え方の違いであり、日常生活を送る人々にとっては、《イルネス》は《ディジーズ》よりはるかに大きな意味をもっている。」⁸⁾

と説明されています。このように、「《イルネス》と《ディジーズ》」という二項対立のモデルは、「正常」か「病理」かの観点が、現代医療の専門家としての少数の医療者と、非専門家としての多数の市民や患者たちとでは質的に違っており、その質的な違いこそが、医療者が専門家（この場合は、プロフェッションではなく、エキスパートとしても）見極めなければならない一大事なのです。

医師でもあり医療人類学者の C・ヘルマンは、この二分法に鑑み、現代医療の場面でしばしば見受けられる二つの現象、①《イルネス》なき《ディジーズ》(disease without illness) と、②《ディジーズ》なき《イルネス》(illness without disease) について以下のように補足説明しています⁹⁾。

① 《イルネス》なき《ディジーズ》：これは、診断的テクノロジーの使用に重点を置く近代医学によく見られる現象です。身体の物的異常が、[検査で] しばしば細胞レベルあるいは化学的レベルで発見されるのですが、患者とされた本人は「病気だ」とは感じていないことをいいます。この例としては、健康診断でみつかると高血圧症、高コレステロール血症 [現在、本邦でいう「脂質異常症」、子宮頸部「上皮内癌」[前がん状態と言われる細胞の異形成] や HIV 感染などです [近年はやりの脳ドックで偶然見つかる「未（非）破裂脳動脈瘤」の場合も、このグループに入るでしょう。] こうした無症状の「患者」は、異常が見つかっていても治療を拒みやすい傾向があります。

② 《ディジーズ》なき《イルネス》：この場合、本人は、身体的、精神的あるいは社会的に、生活上で「何か具合が悪い」と感じています。しかし、この主観的症状にもかかわらず、医師からは、診察や検査の後「あなたには悪い所は何もありません」と言われてしまうのです。けれども、多くの場合、その人は、その後も、不調や不幸を感じつづけます。この例には、身体の機能・構造異常の原因を見つけることができない多くの不快感や身体の不調が含まれます。

このように、後者の《イルネス》の場合、科学的医学の科学主義的な医療者からは「その多くは毎日のストレスに起因しているとか、様々な心身症（たとえば、過敏性腸症候群、痙攣性斜頸、過換気症候群あるいは心臓神経症など）、心気症 [気の病]、あるいは、ある文化独特の

「心霊憑依」などの「民俗病（Folk Illness）」も含まれます。しかし、どの《イルネス》でもそれ自体は「病気」として reality をもっていてその人の生活の重要な部分を演じているので、単に検査では「何も悪いところはない」というだけでは何の解決にもならないのです。つまり、医療者には、《イルネス》がその人にとって解放されるべき、重大な「苦」の一部であるという認識が不可欠であることが示されているわけです。

Ⅲ. 「苦」としての《イルネス》を読み解くこと

さて医師であり文化人類学者でもある武井秀夫は、医療人類学の紹介の一文¹⁰⁾で「英語のメディスン medicine」は、日本語でいう医学・医療、薬剤のほかに薬草や護符、まじないといったものまで含む幅広い観念なので、単にメディスン＝医療ではないというところから始めて、以下のようにわかりやすく解説しています。

すなわち、メディスンによる対処の対象となる状態を、とりあえず「ビョーキ」と呼んでおくと、このビョーキも私たちにお馴染みの病気と同じではなく、メディスン同様に非常に多様な状態を含むものです。武井の文脈での「ビョーキ」は、本稿でいう《イルネス》に非常に近いものです。ビョーキはそれ自体で存在し得るような客観的な何か〔《ディジーズ》のようなもの〕ではないわけです。私がビョーキであるのは、私自身が自分をビョーキであると見なし、周囲のみんなも私をビョーキであると見なすからです。そうした共通判断を可能にしているのは、私やみんなの間で一定の判定基準が共有されているためです。つまり、ビョーキは常に一つの社会的文化的制度として存在しているのです。

例えば、家族や配偶者に死なれた人をビョーキと見なす文化や、災いに見舞われた人をビョーキと見なす文化や、一定の社会規範に違反するとビョーキと見なされる文化もあり、ある文化にだけ固有のビョーキというものも存在します。また、薬の中には、災厄除けの薬や、裁判に勝つ薬というものがあります。医療人類学は、こうしたビョーキのすべてを対象としています。だから、それは人間の「苦」の社会的文化的制度化についての探究であり、「苦」という不条理に説明を与え、意味を見つけだし、それを対処可能な状況へと作り替えていくプロセスの研究でもあります。

目下、日本でも、公式に医学界あるいは厚生労働省からも、病いとして認められない「ビョーキ」すなわち《イルネス》に苦しんでいる人が大勢います。いわゆる「子宮頸癌ワクチン（その実はヒトパピローマウイルス感染予防のワクチン）」接種後に、重篤な身心の障害を起こした若い人々、水俣病、原発症、薬害エイズとして認定されない人々などのメディアで報じられる以外にも「化学物質過敏症」として病気とすら認められない数多くの人々が、苦を訴えて生きています。こうした人々に対して科学的医学の見地のみから、それらは総じて《ディジーズ》ではないと裁断する傾向が20世紀以降、ますます強まってきたように思われます。

仮に、これらの人々には検査値や構造異常が発見されないとしても、医療者たる者は、そう

した訴えの「語り narrative」は現実のものとして存在することに対して、科学主義的な啓蒙主義者に墮することなく、真摯に対応すべきものと思います。また、こういう人々の中には、医療人類学という「メディスン」として宗教的治療にすがり人々も出てくるでしょう。その人たちに対して、科学的な《ディジーズ》の立場から批判する医療者は、ちょうど K・マルクスの「宗教は民衆のアヘン」であるという有名な言葉を持ち出して宗教やアヘンを批判する啓蒙主義者の振る舞いになぞらえることができるでしょう。

柄谷行人は「マルクスが〔その言葉で〕主張しているのは、宗教を馬鹿げた非合理的な思考として批判する啓蒙主義ではなく、逆に、そのような啓蒙主義を批判することだったのです。たとえば、民衆はアヘンまたは宗教によってしか除去しえないような痛苦や矛盾をかかえている。それを合理的な、あるいは科学的な啓蒙によって否定することはできない。その痛苦は、現実根ざしているからだ。それが何であるかを見きわめ、それを解消するのだからなければならない。したがって、『宗教批判』は『現実の批判』にとって替わられねばならない、というのが、マルクスの言い分」だと指摘しています¹¹⁾。

以上、「正常」と「病理」をめぐって、《ディジーズ》の観点の啓蒙主義的な問題点と、《イルネス》の観点の「苦」としての深さについて述べてきました。今日の近代主義的な医療者には、特に、現実根ざした病む人々の声を根こそぎ拾う渾身の努力が求められていると言えるでしょう。

注

- 1) わが国では、一般には、医学という学問体系を社会的に応用したものが医療とされています。ただし、英語圏では 'medicine' という言葉で、医学・医療を区別せずにあらわしています。また、現代も近代も英語圏では 'modern' です。現代医学・近代医療あるいは現代医療・近代医学も同じことになってしまいます。本稿では、筆者の習慣から「現代医療・近代医学」という言い方に統一します。近年では、medicine の代わりに healthcare という言い方も散見されますが、これを保健と訳すとニュアンスがややずれるので「ヘルスケア」とカタカナで示すことにします。
- 2) 近年、注目されている EBM (Evidence Based Medicine, 根拠に基づいた医療) で言う「根拠」という意味は、主に統計学的に裏付けられているという意味です。この点は、人間そのものの集団を対象とする衛生学・公衆衛生学等、社会医学の歴史的・伝統的な観方に通底しています。
もちろん、現代医療は、他に高熱時に解熱剤で熱を下げることなどのように、経験的な対症療法も広く行なっています。風邪をひいたときの発熱はウイルスの繁殖を抑える効果もあり、根本治療につながる面もありますが。
- 3) E・マーフィを整理すると「正常」という言葉は次のようにまとめられます。
①統計学的には正規分布の形で示されること；②生物学的には、その集団を最もよく代表する「平均」であること；③記述科学的にはその集団で最もよく遭遇すること「習慣的である」こと；④遺伝学的に

は生存・生殖に最も適していること；⑤臨床医学的にはとくに問題がない無害であること；⑥政治・社会的には、一般的に望まれているもの、慣例的・伝統的・通常的なこと；⑦哲学的には、その集団の中で最も完全に理想的であること。

このように「正常」という言葉には広い意味が含まれていますが、近代医学には、主に①、②、④、⑤が参考になりましょう。

医療人類学研究会編『文化現象としての医療』メディカ出版、(1992)、50-53

- 4) 小野寺伸夫、他著『(2007年度版)看護学入門』5巻、メヂカルフレンド社、(2006)、8-9
- 5) 佐藤純一・黒田浩一郎編『医療神話の社会学』世界思想社、(1998)、12-16
ちなみに佐藤純一は、外科医を経て内科医に転じ、結核予防会の成人病・生活習慣病検査の第一線で仕事をし、また、高知大学医学部教授も務めた人物で、目下、有数の医療社会学者でその指摘はEBM(根拠に基づく医療)の立場からも傾聴に値するものです。
- 6) 詳細は拙稿をご参照ください：村岡 潔「隠謀学外伝 -医療費はなぜふえるか?」佛教大学福祉教育開発センター、(2015)、131-138
- 7) 医療人類学研究会編『文化現象としての医療』メディカ出版、(1992)、46
- 8) 医療人類学研究会編、前掲書7)、47-49
- 9) Cecil G. Helman, "Culture, Health and Illness" (5th Edition), Hodder-Arnold, London, 2007, pp.148-153
- 10) 武井秀夫、「人類学の顔7：医療人類学『ビョーキという現象とのつきあい』」, AERA MOOK 8『人類学がわかる』1995年、22-23頁。武井によれば、医療人類学への関心は、米国を中心に1960年代に広がり始め、1970年代後半以降急速に学問的独自性を確立してきました。その発展の過程を通じ、医療人類学が主たる研究対象としてきたのはさまざまな民族、地域のメディスンですが、現代医療のほうの研究対象としては新しいものです。医療人類学は文化人類学的方法を基礎に、現代の制度的医療をも含めてさまざまなメディスンを、それぞれの社会的文化的文脈の中で生起する現象として、相対化して理解しようとするのですが、私たちにとつてあまりにも自明な現代医療・近代医学の相対化は、それだけ余計に難しかったのだと言えます。
- 11) 柄谷行人「世界宗教について」,『言葉と悲劇』講談社学術文庫、(1993)、220-222
ちなみに、マルクスの原文『ヘーゲル法哲学批判序説』(の翻訳・抄)は以下のごとくです。
「宗教上の悲惨は、現実的な悲惨の表現であり、現実的な悲惨に対する抗議でもある。宗教は、抑圧された生きものの嘆息であり、非情な世界の心情であるとともに、精神を失った状態の精神である。それは民衆の阿片である。…」
民衆の幻想的な幸福である宗教を揚棄〔止揚。ある段階で止まらずにそれを批判しつつ乗り越えて高い段階に進むこと。〕することは、民衆の現実的な幸福を要求することである。民衆が自分の状態についても幻想を棄てるよう要求することである。したがって、宗教への批判は、宗教を後光とするこの涙の谷(現世)への批判の萌しをはらんでいる。…」
それゆえ、真理の彼岸〔涅槃・理想の世界〕が消えうせた以上、さらに此岸〔生死を繰り返す迷いの現

世」の真理を確立することが、歴史の課題である。人間の自己疎外の聖像が仮面をはがされた以上、さらに聖ならざる形姿における自己疎外の仮面をはぐことが、何よりも、歴史に奉仕する哲学の課題である。こうして、天国の批判は地上の批判と化し、宗教への批判は法への批判に、神学への批判は政治への批判に変化する。」

(K・マルクス『ユダヤ人問題によせて ヘーゲル法哲学批判序説』城塚登訳、岩波文庫、(1974), pp.71-73; [] 内と下線, 引用者)

付 記

本稿は、2016 年度佛教大学個人研究費助成による研究成果の一部です。

(むらおか きよし 社会福祉学部)